

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL PACIENTE

NOMBRE: _____ SEXO: _____ FECHA: _____
 DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
 TELÉFONO PARTICULAR: () _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: () _____ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 PERSONA RESPONSABLE: _____ RELACIÓN CON LA PERSONA RESPONSABLE: _____
 DIRECCIÓN PARA EL ENVÍO DE LOS ESTADOS DE CUENTA (si es diferente a la de arriba): _____
 CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ CORREO ELECTRONICO: _____
 ¿ALGUN FAMILIAR HA SIDO PACIENTE AQUÍ? _____ NOMBRE: _____
 ¿HA UTILIZADO ALGUN FAMILIAR FRENO? _____ ¿QUIÉN FUE EL ORTODONTISTA? _____
 CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ RELACIÓN: _____ TELÉFONO: () _____
 DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE VISITÓ EL CONSULTORIO DE UN DENTISTA? _____ DENTISTA: _____
 ¿CÓMO SUPO DE NUESTRO CONSULTORIO? Nombre del Amigo: _____

Páginas Amarillas	Miembro del Personal	Familiar	Ex Paciente	Periódico	Periódico Hispana
Televisión	Televisión Hispana	Radio	Radio Hispana	Correo Directo	Su Empresa
Plan de Seguro	Valla Publicitaria	Página Web/ Internet	Su Dentista		

 COMPRENDO QUE QUIZÁS SEA APROPIADO UTILIZAR UN INFORME CREDITICIO PARA DETERMINAR UN PLAN DE PAGO.
 FIRMA (Persona Responsable): _____ FECHA: _____

SI EL PACIENTE ES UN ADULTO:

EMPLEADOR: _____	CÓNYUGE: _____
DIRECCIÓN: _____	EMPLEADOR: _____
CARGO: _____	DIRECCIÓN: _____
NO. DE TELÉFONO: () _____	NO. DE TELÉFONO: () _____
NO. DEL SEGURO SOCIAL: _____	NO. DEL SEGURO SOCIAL: _____

SI EL PACIENTE ES UN NIÑO:

PADRE: _____	MADRE: _____
EMPLEADOR: _____	EMPLEADOR: _____
CARGO: _____	CARGO: _____
NO. DE TELÉFONO DEL TRABAJO: () _____	NO. DE TELÉFONO DEL TRABAJO: () _____
NO. DEL SEGURO SOCIAL: _____	NO. DEL SEGURO SOCIAL: _____
ESTADO CIVIL: _____	CASADO SEPARADO DIVORCIADO VIUDO

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO ORTODONTICO (o Plan Prepagado):

<u>SEGURO PRIMARIO</u>	<u>SEGURO SECUNDARIO</u>
ASEGURADO: _____	ASEGURADO: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EMPLEADOR: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____ EMPLEADOR: _____
COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____	COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____
TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: () _____	TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: () _____
DIRECCIÓN: _____	DIRECCIÓN: _____
NO. DE PÓLIZA/GRUPO: _____	NO. DE PÓLIZA/GRUPO: _____
NO. DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO: _____	NO. DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y EL PAGO

AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN RELACIONADA CON ESTA RECLAMACIÓN Y COMPRENDO QUE SOY RESPONSABLE DE TODOS LOS COSTOS DEL TRATAMIENTO DENTAL.
 POR LA PRESENTE AUTORIZO EL PAGO DIRECTO A PICKRON ORTHODONTIC CARE DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO COLECTIVO PAGADEROS DE LO CONTRARIO A MÍ.

_____	_____
FIRMA (Parte Responsable)	Date
_____	_____
FIRMA (Parte Responsable)	Date